

# Zou Coronel nu tevreden zijn?

Citation for published version (APA):

Boorder, T. (1983). *Zou Coronel nu tevreden zijn?* Maastricht University.  
<https://doi.org/10.26481/spe.19830325tb>

**Document status and date:**

Published: 25/03/1983

**DOI:**

[10.26481/spe.19830325tb](https://doi.org/10.26481/spe.19830325tb)

**Document Version:**

Publisher's PDF, also known as Version of record

**Please check the document version of this publication:**

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

**Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

ZOU CORONEL NU TEVREDEN ZIJN ?

Rede

Uitgesproken bij de aanvaarding  
van het ambt van gewoon hoogleraar  
in de Arbeidsgeneeskunde aan de  
Rijksuniversiteit Limburg op  
vrijdag 25 maart 1983 door

Dr. Tj. de Boorder



Zeer geachte toehoorders,

Deze Universiteit vraagt van een nieuwe hoogleraar zich te presenteren met een inaugurele rede welke niet doorspekt mag zijn met vaktechnische termen, opdat voor een breed gehoor duidelijk wordt wat het vakgebied van de orator behelst en kenmerkt. Ik zal mij dus dienen in te houden, maar troost me met het feit dat het universiteitsbestuur deze aanwijzing voor oratoren geeft met de volgende toelichting: "Aangezien aangenomen mag worden dat de orator de erkenning van zijn vakgenoten reeds heeft verworven." Het is duidelijk dat de vakgenoten onder het gehoor vandaag dus geen grensverleggende visie op ons specialisme mogen verwachten. Niettemin neem ik aan dat deze oratie ook hen voldoende zal boeien.

Aan de Universiteit van Amsterdam is verbonden het Coronellaboratorium. Dit laboratorium, onder de directie van Zielhuis, is genoemd naar de medicus Samuel Senior Coronel, geboren in 1827 te Amsterdam. Coronel studeerde in Amsterdam en in Leiden, waar hij in 1850 promoveerde. Hij funktioneerde o.a. als stadsgeneesheer in Zevenhuizen, later in Middelburg en Amsterdam. Deze geneesheer kwam - samen met een kleine kring collega's - tot de overtuiging, dat het medicinaal therapeutisch handelen bij vele ziekten, met name bij epidemieën van geringe betekenis was in vergelijking met wat men noemde "hygiënische maatregelen". Het ging daarbij om hygiënische aspecten van stedenbouw, huizenbouw, drinkwatervoorziening, voeding, kleding, vuilverwijdering en de arbeidshygiëne in bedrijven. Te beginnen in de periode dat Coronel in Middelburg werkte, werd hij dagelijks geconfronteerd met ziekten die slechts door hygiënische maatregelen konden worden bestreden en zo ontstond, mede vanuit een sociale bewogenheid, zijn belangstelling voor de gezondheidsleer, vooral met betrekking tot de arbeidshygiëne.

Nadat hij ontdekte dat de ziekten van veel van zijn patienten in betrekking stonden met de omstandigheden waaronder zij in de fabrieken hun arbeid verrichtten, ging hij de werkplaatsen binnen en onderzocht hij b.v. planmatig de hygiënisch-sociale toestand van de katoenwevers in de fabrieken op Walcheren. Om de werkomstandigheden goed te doorgronden, leerde hij zelf te weven en kon men hem in latere jaren intensief bezig zien op de werkvloer tussen de Amsterdamse diamantslijpers en in de Hilversumse textielfabrieken. In zijn boek "Gezondheidsleer toegepast op de fabrieksnijverheid", verschenen in 1861, wijst hij op de schadelijke effecten voor geluk en gezondheid van fabrieksarbeid en geeft hij aan hoe maatregelen tot verbetering kunnen worden getroffen. De mechanisatie in de industrie juichte Coronel toe, omdat dit zijns inziens bijdroeg tot een meer menswaardiger bestaan van de arbeiders. Behalve dit boek verscheen een indrukwekkende reeks andere publicaties van zijn hand over de arbeidshygiëne. Hij wees op de slechte verlichting bij het werk van de katoenwevers, over hun slechte houding bij het werk en hij vond bij hen chronische aandoeningen van de luchtwegen door de verontreiniging van de lucht met de vezels van het garen. Hij onderzocht de pap die gebruikt werd bij het appreteren en vond daarbij aanzienlijke hoeveelheden van het giftige kopervitriool. Coronel wees op de noodzakelijkheid van beveiliging van werktuigen, hefbomen, raderen, schreef daarbij nauwsluitende kleding voor en wees op de gevaren van lawaai en hoge temperaturen.

Bij de diamantslijpers in Amsterdam werd de diamant in lood gevat om hem te kunnen hanteren. Het lood werd hierbij gesmolten op een houtskoolvuurtje, en tenslotte in het juiste model gekneed met de vingers die hiertoe met speeksel werden bevochtigd. Coronel toonde aan dat bij deze gang van zaken ontoelaatbare concentraties koolmonoxyde in de werkplaatsen ontstonden, dat looddampen werden ingeademd, en dat door het kneden loodbesmetting door de mond plaatsvond. Ook toonde hij lood aan in het meegebrachte voedsel en in de drinkbekers van de slijpers. Hij onderzocht hen periodiek op vergiftigingsverschijnselen door lood. Hij wees op huidafwijkingen bij leerlooiers, op het voorkomen van de zogenaamde geelgieterskoorts bij koper- en zinkwerkers, op verkrommingen van de wervelkolom bij staalwerkers, op aanzienlijk te hoge concentraties kooldioxyde in slecht geventileerde fabrieksruimten. Hij onderscheide stof bestaande uit ronde moleculen als in meelfabrieken, en het scherpe

metaal- of mineraalstof dat aanleiding gaf tot een vorm van "tering" zoals bij steenbakkers, arbeiders in steengroeven en mijnwerkers.

In zijn meestal geprononceerde, maar altijd goed onderbouwde adviezen richt Coronel zich tot de werkgevers, spaart ook de werknemers zelf niet en dringt aan bij de overheid, toen de minister van binnenlandse zaken Thorbecke, op wettelijke maatregelen. Deze vierhoek: werkgevers, werknemers, overheid en deskundigen vormt ook nog heden ten dage het raamwerk waarbinnen de bedrijfsgezondheidszorg zich ontwikkelt.

Ik ben wat uitgebreid geweest in mijn beschrijving van de activiteiten van Coronel om een accent te geven aan het gebeuren dat een curatief werkend arts zich gaat interesseren voor ziekmakende factoren in de werksituatie. Met andere woorden: er wordt een relatie gelegd tussen ziekte en werk. De arts verlaat zijn spreekkamer en gaat zich in de fabriek op de hoogte stellen van werkprocédés en naar de daarbij gebruikte stoffen, eindprodukten, en de arbeidsomstandigheden welke wellicht de oorzaak zijn van de ziekte bij zijn patienten. Er is hier sprake van een doorbraak die wordt gevolgd door een ontwikkeling, die uiteindelijk zal leiden naar het systematisch bestuderen van de relatie van werk en gezondheid.

De specifieke kennis vermeerderd zich dermate, dat het mogelijk wordt de belasting door de werksituatie af te zetten tegen de belastbaarheid van de werker, waarbij het probleem wordt opgepakt deze grootheden zó te definiëren dat eenheden kunnen worden gevonden met behulp waarvan ze meetbaar worden gemaakt. Als voorbeeld kan hier genoemd worden het meetbaar maken van enerzijds zware lichamelijke belasting en anderzijds het vermogen van de mens om lichamelijke inspanning te leveren. Bij het leveren van een lichamelijke inspanning als bijvoorbeeld het trappen lopen van een postbesteller met een tas met post, wordt in het lichaam chemisch gebonden energie omgezet in kinetische energie door een oxydatieproces dat mogelijk wordt door de opname van zuurstof uit de lucht. Er is een wetmatige relatie tussen de bestede energie en de per minuut opgenomen zuurstof. Het zuurstofgebruik per minuut is zo een maat voor de lichamelijke inspanning in deze taak, en is daarmee bruikbaar om de energetische zwaarte van deze vorm van werk vast te stellen. Uit onderzoek is bekend hoe groot het vermogen van de mens

is om zuurstof op te nemen. Ook is bekend dat dit vermogen daalt met de leeftijd. Het is met deze gegevens mogelijk geworden om voor groepen van verschillende leeftijd de gemiddelde belastbaarheid voor lichamelijk belastend werk te bepalen en aldus preventief grenzen van belasting aan te geven.<sup>2</sup> Er heeft dus een ontwikkeling naar een zekere normatief plaatsgevonden. We zien dat geneeskundigen met specialistische kennis in de werksituatie proberen verwachtingen op te stellen met betrekking tot de eventuele schadelijkheid van arbeidsomstandigheden voor de gezondheid. Men kan zeggen: het aangeven van de dosis-effect-relatie. Deze gespecialiseerde geneeskundigen worden genoemd bedrijfsartsen, en zij oefenen het vak uit dat genoemd wordt de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Ik moet er op wijzen dat deze benaming is achterhaald door het begrip bedrijfsgezondheidszorg. Men stelt dat de bedrijfsarts niet curatief, niet genezend optreedt, maar gezondheidszorg bedrijft, met name dat deel van de gezondheidszorg dat zich bezig houdt met de relatie van de mens en zijn arbeid, en dat een vorm van preventieve zorg is.

Aan deze Universiteit heeft men als eerste in Nederland een dermate grote waarde gehecht aan dit deel van de gezondheidszorg dat men besloten heeft de leerstoel in te stellen die vandaag formeel wordt aanvaard met deze oratie. Ik kan u verzekeren dat de collega's in de bedrijfsgezondheidszorg jaren hebben uitgezien naar het tot stand komen van dit ordinariaat, en grote waardering hebben voor deze beslissing, welke getuigt van het vooruitstrevende beleid van de Rijksuniversiteit Limburg. Het is, gezien deze vooruitstrevendheid iets verrassend dat hier gekozen is voor de eigenlijk verouderde naam arbeidsgeneeskunde, maar ik heb er vrede mee. Ik vind het eigenlijk wel een mooi woord. Het wijst meer op een relatie met arbeid dan met bedrijf. Het is trouwens ook de naamgeving die in België wordt gebruikt, en zo is het wellicht door de affiniteit met onze gewaardeerde burelen dat hier voor "arbeidsgeneeskunde" is gekozen.

Als we bedenken dat het meer dan een eeuw geleden is dat Coronel op de zo juist geschetste wijze zijn weg vond naar de bedrijven, dan kan de vraag gesteld worden of wij nu veel verder zijn, en of Coronel nu tevreden zou zijn.

De wettelijke regelingen waarvoor hij zo heftig heeft gepleit zijn er gekomen. Een reeks van wetten en koninklijke besluiten geeft op het ogenblik min of meer stringente beschermende voorschriften voor een groot aantal arbeidssituaties. Dit jaar wordt een deel van de nieuwe Arbeidsomstandighedenwet van kracht. Zelfs in Europees verband zijn regels opgesteld, zoals de Aanbeveling van de Commissie van de EEG met betrekking tot bedrijfsgeneeskundige diensten in ondernemingen uitgevaardigd in 1962.

Ook verschijnen aanbevelingen van de Internationale Arbeidsorganisatie (ILO).

Er zijn nu bijna 800 bedrijfsartsen in Nederland werkzaam, en het aantal door hen verzorgde werknemers is ruim 1,5 miljoen.<sup>3</sup>

Er zijn grote bedrijven die een relatief grote bedrijfsgezondheidsdienst aan zich hebben verbonden. Deze grote zogenaamde enkelvoudige diensten zijn goed geoutilleerd en geëquipeerd en zijn naar faciliteiten over het algemeen gericht op de specifieke problematiek van het betreffende bedrijf.

Naast de enkelvoudige diensten is er een veertigtal gezamenlijke diensten, meestal in stichtingsvorm. Zij behartigen regionaal de bedrijfsgezondheidszorg voor de bedrijven die zich bij de stichting aansluiten. Op deze wijze krijgen dus ook kleinere bedrijven de mogelijkheid adequate bedrijfsgezondheidszorg aan te trekken.

In de besturen van deze diensten zijn werkgevers en werknemers over het algemeen paritair vertegenwoordigd.

De personeelsleden bij de rijksoverheid ontvangen bedrijfsgezondheidszorg door de Rijks Geneeskundige Dienst, voorzover er geen andere regeling is getroffen, zoals voor de PTT, welk staatsbedrijf een eigen bedrijfsgezondheidsdienst bezit.

Personeelsleden van gemeenten en provincies worden verzorgd door bedrijfsartsen verbonden aan GG en GD'en en DGD'en.

Er is ook een zeer belangrijke dienst ontstaan die zich op één bedrijfstak richt, namelijk de Stichting Bedrijfsgezondheidsdienst voor de Bouwnijverheid.

Het is dus duidelijk dat er sinds Coronel veel verbeterd is, hetgeen niet wegneemt dat er nog wel enige opmerkingen te maken zijn bij de situatie van vandaag.



Als ik zojuist opmerkte dat het woord arbeidsgeneseeskunde meer wijst op een relatie met arbeid dan met bedrijf, zoals het woord bedrijfsgezondheidszorg doet, dan raakt dat de kern van de organisatie van de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland. Het gaat naar wet- en regelgeving en naar organisatie om gezondheidszorg met betrekking tot het georganiseerde bedrijfsleven, om de werknemers en de werkgevers en om de overheid die zich met dit aspect van het bedrijfsleven bezig houdt, namelijk het Directoraat-Generaal van de Arbeid, een onderdeel van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Het is de minister van dit departement die de bedrijfsgezondheidszorg in zijn portefeuille heeft, een deel van de gezondheidszorg dat dus niet primair bij "Volksgezondheid" thuis hoort. Dit is ongetwijfeld een der oorzaken waarom in de in 1974 verschenen structuurnota Gezondheidszorg (de nota Hendriks) de bedrijfsgezondheidszorg buiten beschouwing is gebleven. De Vaste Commissie voor Sociale Zaken van de Tweede Kamer heeft de toenmalige minister van Sociale Zaken gevraagd of het niet gewenst zou zijn deze structuurnota te doen aanvullen met een nota die de organisatie van de preventieve gezondheidszorg in verband met de arbeid meer in beeld brengt. Deze aanvullende nota, genaamd "De toekomst van de bedrijfsgezondheidszorg", is in 1979 verschenen en vormt de basis van het denken over bedrijfsgezondheidszorg, naar inhoud, personele invulling, organisatie, financiering, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs.<sup>4</sup>

Voorzover het de wettelijke regelingen met betrekking tot bedrijfsgezondheidszorg betreft, richt de aandacht zich op het ogenblik op de wet van 8 november 1980, houdende bepalingen in het belang van de veiligheid, de gezondheid en het welzijn in verband met de arbeid, de zojuist genoemde Arbeidsomstandighedenwet. Ook deze nieuwe wet legt de verantwoordelijkheid voor goede bedrijfsgezondheidszorg weer bij de eerder genoemde partijen: werkgevers, werknemers, overheid en deskundigen. De betrokkenheid van deze vier partijen bij de bedrijfsgezondheidszorg is van invloed op de kwaliteit daarvan.

De directe verantwoordelijkheid voor het aantrekken van bedrijfsgezondheidszorg heeft altijd primair gelegen bij de werkgevers. Het is zeker zo dat vele van hen het belang van deze zorg hebben onderkend en, ook als dat niet wettelijk verplicht was, een bedrijfsgezondheidsdienst hebben opgebouwd of zich hebben aangesloten bij een

dergelijke dienst. Het mag genoemd worden dat Philips in dit opzicht baanbrekend werk heeft verricht met de oprichting van een gezondheidsdienst onder leiding van Burger in 1928.<sup>5</sup>

Het is de ervaring dat aan werkgeverszijde nog al eens verwachtingen leven die gericht zijn op een zeker rendement, en dikwijls valt hierbij het woord ziekteverzuim. Hoewel dat niet onbegrijpelijk is, moet bedacht worden dat verbetering van arbeidsomstandigheden niet altijd op eenvoudige wijze tot directe rendementsverbeteringen aanleiding geeft. In de gevallen waar dat wél zo blijkt te zijn, behoeft de bedrijfsarts zich daarvoor zeker niet te generen, maar het gaat primair om het beschermen van veiligheid, gezondheid en welzijn van de arbeidende populatie.

Nieuw is in de Arbeidsomstandighedenwet dat de werknemers in grotere mate een eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot hun gezondheid en veiligheid bij de arbeid wordt opgelegd. Ik meen dat dit een zeer belangrijke zaak is. Tijdens de arbeid is de aandacht van werkgever en werknemer uiteraard zeer gericht op het arbeidsproces zelf, de technische en economische aspecten van de produktie. In de personele sfeer richt de belangstelling zich vooral op de primaire arbeidsvoorwaarden zoals salaris en primaire rechtspositionele regelingen als vakantie, pensioenregelingen en dergelijke, of zelfs nog fundamenteeler: werkgelegenheid. Hoewel dit zeer belangrijke zaken zijn - en zeker op dit moment - meen ik dat van werknemerszijde ten onrechte een te geringe belangstelling heeft bestaan voor de arbeidsomstandigheden. Aan het eind van de jaren zeventig is daarin stellig verbetering gekomen, zoals o.a. bleek uit de discussienota "Beter Werk" die in 1980 door de FNV is uitgebracht.<sup>6</sup> Deze belangstelling blijft echter nog te veel op het beleidsniveau steken, en daalt onvoldoende af naar de ondernemingsraden en de werkvloer. Het valt niet te ontkennen dat er hierbij soms sprake is van een zeker wantrouwen van werknemerszijde, gevoed door het idee dat de kwaliteit van de bedrijfsgezondheidszorg onvoldoende zou zijn en de onafhankelijkheid en deskundigheid van de bedrijfsarts te gering.

Het is wellicht hier de plaats om iets dieper in te gaan op enkele aspecten van kwaliteit in de bedrijfsgezondheidszorg. Dit begrip moet breed worden opgevat; het gaat om zaken als organisatie, financiering, outillage, personele bezetting van veelzijdige deskundigheid, weten-

schappelijke ondersteuning, opleiding, autoriteit, vertrouwen, invloed op het bedrijfsbeleid.

Een bedrijfsgezondheidsdienst dient een infrastructuur te bezitten waarbinnen deze aspecten tot hun recht komen. Men kan zeggen dat deze infrastructuur een zekere kritische massa moet bezitten.

Beneden deze kritische massa desintegreert de bedrijfsgezondheidszorg en vervalt zij tot een activiteit welke zich beperkt tot het zich ongestructureerd bemoeien van een medicus met een aantal individuen in een bedrijf. Het is duidelijk dat in deze infrastructuur de financiering een belangrijke rol speelt. In de eerder genoemde nota "De toekomst van de bedrijfsgezondheidszorg" wordt daarover opgemerkt: "De financiering van de kosten van de bedrijfs-geneeskundige diensten heeft tot nu toe geen problemen gegeven." De financiering vindt bij een eenvoudige dienst plaats uit het budget van de onderneming ten behoeve waarvan die dienst werkzaam is. Bij een gezamenlijke dienst is er enigerlei regeling waarbij de aangesloten bedrijven de kosten betalen. Bij de overheidsdiensten komen de gelden in wezen uit de algemene middelen. De wijze van financiering kan een directe invloed hebben op de kwaliteit van de betrokken bedrijfsgezondheidsdienst. Het ligt voor de hand dat de financiers een belangrijke inspraak wensen bij de besteding van het budget. Het gevaar dat daarmee een ongunstige invloed op inhoud en omvang van het takenpakket van een bedrijfsgezondheidsdienst wordt uitgeoefend is allerm minst denkbeeldig. Onlangs kwam mij het voorstel onder ogen waarbij een bestuurlijk orgaan de betrokken bedrijfsgezondheidsdienst in zijn taakuitvoering wilde beperken tot het verrichten van aanstellingskeuringen. Zo iets is ontoelaatbaar. Er zou dan geen sprake meer zijn van bedrijfsgezondheidszorg. Naar mijn mening zou een onderzoek naar de meest aangewezen wijze van financiering van de bedrijfsgezondheidszorg in relatie tot de kwaliteit in brede zin van groot belang zijn. De vraag rijst nu of er een norm voorhanden is met behulp waarvan de omvang en de kwaliteit van het takenpakket van een bedrijfsgezondheidsdienst kan worden gemeten. Hier geraken wij bij de invloed van de overheid. De Arbeidsomstandighedenwet geeft in de artikelen 17, 18 en 19 uitgebreid aan welke de doelstellingen van bedrijfsgezondheidsdiensten zijn en welke taakelementen noodzakelijk zijn om deze doelstellingen te bereiken.

Bedrijven waarin arbeid van industriële aard wordt verricht en die 500 of meer werknemers in dienst hebben, of bedrijven die specifieke gezondheidsbedreigende procédés kennen, zoals loodverwerking, zijn bij de Veiligheidswet en straks bij de Arbeidsomstandighedenwet verplicht bedrijfsgezondheidszorg aan te trekken. Deze verplichting brengt mee, dat de betrokken bedrijfsgezondheidsdienst "erkend" moet zijn. Dat wil zeggen dat de betrokken dienst op kwaliteit wordt getoetst door de medische dienst van de Arbeidsinspectie en het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgezondheidszorg, een college dat de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in deze adviseert. Een bedrijfsgezondheidsdienst kan alleen "erkend" zijn als er diensten worden geleverd aan een zogenaamd "verplicht bedrijf". Dit heeft tot gevolg dat sommige goede bedrijfsgezondheidsdiensten niet het predikaat "erkend" mogen voeren, omdat zij uitsluitend werken voor bedrijven die de verplichting niet is opgelegd. Overigens kunnen deze diensten zich wél laten toetsen doch ook als zij deze toetsing goed doorstaan, niet "erkend" worden.

We zien dus dat er wel degelijk een wettelijk onderbouwde normstelling bestaat, welke echter de belangrijke beperking heeft slechts te gelden voor de diensten verleend aan zogenaamde verplichte bedrijven. Wink stelt dat de hierbij gehanteerde minimumnormen vrij hoog gelegen zijn, doch hij meent tevens dat er al van een aanmerkelijke overschrijding van deze normen sprake is indien bijvoorbeeld op het gebied van de arbeidshygiëne deskundigen in een bedrijfsgezondheidsdienst zijn opgenomen.<sup>7</sup>

Ik kan het met Wink eens zijn als hij er op wijst dat nog maar enkele bedrijfsgezondheidsdiensten deze deskundigen aan zich hebben verbonden. Naar mijn mening zou echter elke bedrijfsgezondheidsdienst moeten kunnen beschikken over deze specifieke deskundigheid, omdat het gaat om het systematisch vastleggen van relevante kenmerken en ergonomische aspecten van de werksituatie in relatie met de gezondheidstoestand van de arbeidende populatie. Zielhuis noemt sociale geneeskunde een vorm van situatieve gezondheidszorg.<sup>8</sup> Het gaat in dit geval om de gezondheid en het welbevinden van de mens in de situatie die wordt bepaald door zijn arbeidsplek en door zijn arbeidsomstandigheden. De bedrijfsarts hoort zich op die situatie te richten, actief participierend, zoals Coronel op de werkvloer, doch anders dan

Coronel, nu ondersteund door specialisten als o.a. arbeidshygiënist. Terecht heeft het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgezondheidszorg naast de determinanten met betrekking tot het kennisniveau van de bedrijfsarts en zijn medewerkers, de beheers- en organisatiestructuur en de outillage van de dienst, toegevoegd de systematische planning van activiteiten en de mate van geïntegreerd zijn in het beleid van het betrokken bedrijf.

Meer dan de helft van de rond 750.000 werknemers in het particuliere bedrijfsleven die momenteel onder de bedrijfsgezondheidszorg vallen, werkt echter niet in een zogenaamd "verplicht bedrijf".

Het is natuurlijk verheugend dat zo vele bedrijven die niet "verplicht" waren op vrijwillige basis bedrijfsgezondheidszorg aantrokken, maar de kwaliteit van de zorg is daar dus niet wettelijk af te dwingen.

Een belangrijk gegeven is in dit verband dat inmiddels vanuit de EEG richtlijnen komen voor het medisch toezicht op werknemers en arbeidsplaats. De lid-staten zullen binnen een zekere termijn verplicht zijn dergelijke richtlijnen inzake de bescherming van werknemers tegen gevaarlijke agentia, zoals het monomere vinylchloride en het metallisch lood, uit te voeren.

Er drukt een zware verantwoordelijkheid op werknemers, werkgevers, maar vooral op de bedrijfsartsen en hun medewerkers om de kwaliteit van de zorg te handhaven en op te voeren en bij geringer wordende middelen de juiste prioriteiten te stellen en niet beneden de eerder genoemde kritische massa te geraken.

Voor de personeelsleden van de overheidsdiensten (+ 800.000) lijkt dit probleem eenvoudiger. Volgens het Algemeen Rijksambtenaren Reglement heeft de ambtenaar recht op bedrijfsgezondheidszorg. In 1980 heeft de Ministerraad zich uitgesproken in een aantal hoofdlijnen van beleid met betrekking tot de uitvoering van de Arbeidsomstandighedenwet voor het overheidspersoneel waarin deze uitvoering voor het burgerlijk (dus niet-militair) rijkspersoneel is opgedragen aan de Rijks Geneeskundige Dienst, van welke dienst de taken een wettelijke onderbouw hebben. Van bedrijfsgeeskundige diensten die voor het andere overheidspersoneel werken zullen volgens deze hoofdlijnen van beleid de werkzaamheden en voorschriften inhoudelijk in overeenstemming zijn met die van de Rijks Geneeskundige Dienst. De praktijk leert echter dat ook voor de bedrijfsgezondheidszorg voor het overheidspersoneel kwaliteitsbewaking dringend geboden is.

Ik benadruk dat de primaire zorg voor de inhoudelijke kwaliteit van bedrijfsgezondheidszorg ligt bij de bedrijfsartsen zelf. Het wettelijk afdwingen van kwaliteit is daarbij van secundaire betekenis. Al in 1979 zegt Jongh: "de vraag lijkt" mij urgent hoe men zonder stringente bepalingen van de overheid, dus op eigen initiatief de kwaliteit van de bedrijfsgeneeskunde zou kunnen verbeteren.<sup>9</sup> Hij pleit voor een gezamenlijke aanpak vanuit de bedrijfsgezondheidszorg zelf. De basis van de kwaliteit van de bedrijfsgezondheidszorg is de specifieke deskundigheid van de bedrijfsarts. Zoals eerder omschreven, heeft zich een proces voltrokken waarbij sprake is van een verplaatsing van de belangstelling van het genezen naar het voorkómen van ziekte, een zich op preventieve wijze richten op gezondheidsaspecten van werk en werkomstandigheden. De bedrijfsarts treft daar aan belastingsvormen van fysieke aard (lichamelijke inspanning), van perceptief-mentale aard (b.v. het werken met beeldschermen), van psychosociale aard, fysische belastingsvormen als geluid en straling en vormen van chemische belasting. De gecompliceerdheid van deze verschillende onderdelen van zijn vak heeft er toe geleid dat de bedrijfsarts vele andere deskundigen in zijn werkgebied heeft zien arriveren. Zo zijn te noemen de bedrijfsverpleegkundigen, arbeids- of bedrijfshygiënist (met al weer eigen specialisten als acoustici, chemici, klimaatdeskundigen), ergonomen, veiligheidskundigen, gedragswetenschappers als maatschappelijk werkers, psychologen, sociologen, opleiders en vormers, organisatiedeskundigen, personeelsconsulenten en anderen. Het is voor de bedrijfsarts geen eenvoudige zaak oog te houden op de activiteiten van al deze deskundigen en om samen te werken met al deze disciplines, waarbij de specifieke betekenis van het arts-zijn tot zijn recht moet komen. De bedrijfsarts kan dat alleen door een hoge mate van specifieke deskundigheid te ontwikkelen; zonder deze atrofieert hij in de geschetste situatie. Mijn indruk is dat in vroegere jaren de wetenschappelijke belangstelling van de bedrijfsartsen groter was dan nu. Het aantal dissertaties van bedrijfsartsen dat per jaar verschijnt is blijkens een onderzoek door Hogerzeil afgenomen na een duidelijke top in het eind van de zestiger en het begin van de zeventiger jaren.<sup>10</sup> Mogelijk heeft de snelle kwantitatieve groei van de bedrijfsgezondheidszorg hier geleid tot een zekere avitaminose.

Hopelijk is nu de tijd gekomen dat na deze explosieve groei een stabilisatiefase aanvangt waarin aan de kwalitatieve aspecten meer aandacht kan worden gegeven, want - zoals gezegd - de bedrijfsarts zal op een wetenschappelijk hoog peil moeten functioneren en hij zal daarbij moeten worden gesteund door specialisten, bijvoorbeeld vanuit TNO-instituten of universiteiten. Deze ondersteuning heeft tot nu toe een "ad hoc" karakter en dient een degelijker organisatorische structuur te krijgen. Men zou kunnen spreken van bedrijfsgezondheidszorg in de tweede lijn. We komen hier waarschijnlijk dicht in de buurt van wat de wetgever bedoelt waar hij in de Arbeidsomstandighedenwet spreekt van zogenaamde "Arbo-instituten". Het is duidelijk dat specialistische ondersteuning noodzakelijk is, maar ik wil met klem waarschuwen voor een uitholling van de activiteiten van de bedrijfsgezondheidsdiensten in de eerste lijn, of zo u wilt in het basis-echelon. Mijn ervaring met de twee grootste bedrijfsgezondheidsdiensten in Nederland, de Rijks Geneeskundige Dienst en de Bedrijfsgezondheidsdienst van de PTT, welke diensten zelf stafafdelingen bezitten die in belangrijke mate deze ondersteuning vanuit de tweede lijn verzorgen, brengt mij tot deze waarschuwing. Specialistisch arbeidsgeneeskundig onderzoek in bedrijven mag slechts plaatsvinden met medewerking van de betrokken bedrijfsartsen. De positie van de bedrijfsarts in het bedrijf of de onderneming wordt onmogelijk indien hij door deskundigen van buiten wordt geïsoleerd. De bedrijfsarts mag zich ook niet in die positie laten brengen door zonder voldoende eigen onderzoek en zonder het formuleren van een behoorlijke probleemstelling hulp te vragen van deze specialisten.

De kracht van de bedrijfsgezondheidszorg hoort te liggen in het bedrijf zelf. Ik heb reeds eerder betoogd dat daarbij planmatig dient te worden gewerkt. Dat wil niet zeggen dat er volgens een eenheidsprogramma moet worden gehandeld. De verschillende arbeidsvormen en arbeidsorganisaties vragen om een daarbij passende bedrijfsgezondheidszorg, maar de elementen van die zorg moeten op gestandaardiseerde wijze worden uitgevoerd. De betekenis van het handelen dient ook te worden geëvalueerd. Mede ter ondersteuning van het beleid dienen daarom de bedrijfsgezondheidskundig relevante geachte kenmerken van bedrijf en werkplek in een gestandaardiseerd informatiesysteem gebracht te worden.

Deze specifieke arbeidsgebonden kerngegevens dienen in relatie met persoonsgebonden gezondheidkundige gegevens met epidemiologische deskundigheid tot beleidsvoorbereiding bruikbaar gemaakt te worden. Aanzetten hiertoe zijn reeds gedaan; ik wijs o.a. op publicaties van Meursing<sup>11</sup>, Jenniskens<sup>12</sup> en Sturmans c.s.<sup>13</sup>.

De betekenis van de epidemiologie voor bedrijfsgezondheidszorg als situatieve gezondheidszorg is groot, doch kan slechts effect sorteren als de basisgegevens op deskundige wijze worden verzameld en aan het informatiesysteem worden toegevoerd. De keuze van de basisgegevens is zeer belangrijk, maar ook de wijze waarop ze worden gesignaleerd. Een éénmalige waarneming van een grootheid is veelal onvoldoende om beleid op te bouwen. Het ontwikkelen van een meetstrategie is daarom noodzakelijk, hoewel dikwijls zeer gecompliceerd. Hoewel het begrip meetstrategie vooral ontwikkeld wordt in verband met de industriële toxicologie is het achterliggende denkbeeld ook voor andere werkpleken en gezondheidkundige gegevens, wellicht ook psychosociale, bruikbaar. De gegevens die als resultaat van epidemiologisch onderzoek ter beschikking komen zullen op deskundige wijze door de bedrijfsarts moeten worden teruggebracht in de bedrijfssituatie om daar geoperationaliseerd te worden bij de bescherming van gezondheid, veiligheid en welzijn van de arbeidende mens.

De vraag dient zich overigens aan, wat we precies bedoelen met de arbeidende mens. Is dat de mens in het bedrijf, in de georganiseerde relatie van werkgever en werknemer? Hoe is het met de bedrijfsgezondheidszorg voor de zelfstandige ambachtsman, de thuiswerker, de huisvrouw?

De aard van de arbeid en de omstandigheden waaronder die plaats vindt veranderen. In Japan is het niet ongebruikelijk dat personeelsleden van een bedrijf thuis hun werk doen met gebruikmaking van verreschrijvers en andere randapparatuur, telefonisch verbonden met de rekentuigen van het bedrijf. De afname van de met "formele" arbeid bestede tijd heeft tot gevolg een toename van "niet-formele" arbeid, zoals het zogenaamde "klusson". De hobby- en doe-het-zelf-activiteiten hebben een grote omvang gekregen; met vrijwel professionele apparatuur worden stoffen van industriële aard in vrije tijd verwerkt. Ook recreatieve activiteiten die openbaarlijk



minder op "arbeid" lijken zoals sport, al dan niet in verenigingsverband, vragen aandacht. Deze *gedachtengang* voert er toe dat het begrip *bedrijfsgezondheidszorg* wellicht een te eng begrip is, en dat *arbeidsgezondheidszorg*, eventueel *arbeidsgeneeskunde* dus toch de voorkeur zou verdienen. Zou ons vak zich inderdaad meer op niet bedrijfsgebonden arbeid richten, dan zou dat ingrijpende konsekventies hebben voor wetgeving, organisatie en financiering.

Bij mijn pleidooi voor een bedrijfsarts op de werkplek, als veelzijdig deskundige visie hebbend op de mens in zijn arbeidsomgeving, ben ik er van uitgegaan dat er grootheden aan werkplek en mens gemeten worden die daar al zijn. Een probleem is dat de bedrijfsgezondheidszorg veelal eerst in actie komt als nieuwe arbeidsvormen of nieuwe werkomstandigheden er reeds zijn en mogelijk reeds tot klachten aanleiding hebben gegeven. De komst van het beeldscherm als algemeen gebruikt instrument heeft ons overvallen, op de automatisering is niet door ons geanticipeerd, evenmin op de biotechniek. Jongh heeft gepleit voor een studiegroep die een visie ontwikkelt op toekomstige arbeidssituaties en de invloed daarvan op de gezondheid, alsmede preventieve maatregelen die hieruit zouden moeten voortvloeien.<sup>9</sup> Dit idee heeft hij gelanceerd bij zijn afscheid als coördinator van de Commissie Arbeidsgeneeskundig Onderzoek van TNO in 1979 en het is sindsdien niet uitgewerkt. Ik meen dat het van groot belang is dit wél te doen. Als basis-materiaal kan op dit moment dienen het rapport *Kwaliteit van de Arbeid*, in 1982 gepubliceerd door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.<sup>14</sup> Op deze wijze wordt de ontwikkeling doorgetrokken, te beginnen met een huisarts die het idee heeft dat de ziekte van zijn patient mogelijk het gevolg is van de arbeidsomstandigheden, dan een bedrijfsarts die zich op gestructureerde wijze bezighoudt met belastende elementen welke in het werk aanwezig zijn, tot de bedrijfsarts die betrokken wordt bij nieuwe ontwikkelingen in het arbeidsproces, reeds voordat deze geïmplementeerd worden.

Dames en Heren leden van het Universiteitsbestuur en van de Universiteitsraad van de Rijksuniversiteit Limburg,

Ik dank U voor het vertrouwen dat U in mij hebt gesteld door mij voor te dragen voor het ordinariaat dat ik heden formeel aanvaard. Zoals ik eerder opmerkte heeft deze Universiteit met het instellen van een leerstoel Arbeidsgeneeskunde er blijk van gegeven overtuigd te zijn van de betekenis van de bedrijfsgezondheidszorg.

Ik zal mij volledig inzetten om deze opdracht naar beste kunnen uit te voeren, maar ik ben mij er van bewust dat dit slechts tot het verwachte resultaat kan leiden met Uw steun en hulp.

Dames en Heren leden van de Faculteit der Geneeskunde en de Algemene Faculteit,

Bedrijfsgezondheidszorg heeft raakpunten met vrijwel alle gebieden van wetenschap welke U tot de Uwe rekent. Met velen van U heb ik reeds gesprekken over samenwerking gevoerd. Gesprekken welke hebben bijgedragen tot het stimulerende gevoel van vreugdevolle verwachting dat mij thans beheerst.

Dames en Heren collegae bedrijfsartsen en andere werkers in de bedrijfsgezondheidszorg,

Ik ben mij er van bewust dat U verwachtingsvol gestemd bent jegens de nieuw benoemde hoogleraar in de Arbeidsgeneeskunde aan deze Universiteit. Dat legt mij de zware verplichting op mee te helpen om de kwaliteit van de bedrijfsgezondheidszorg op een zo hoog mogelijk peil te brengen. Ik zal daartoe mijn best doen, maar we zullen het samen moeten doen.

Ik vraag U er aan bij te dragen dat ik in deze functie niet geïsoleerd zal raken van "het veld", want op de werkvloer dient ons vak gestalte te krijgen.

Dames en Heren studenten,

Als U niet besluit onderzoeker te worden, treft U aan het einde van de weg die voert naar het artsdiploma drie poorten aan. U zult moeten beslissen door welke poort U Uw weg zult

vervolgen. Zal het zijn de poort naar de huisartsengeneeskunde, die naar het klinisch specialisme of die naar de sociale geneeskunde ?

U kunt die keus niet maken zonder kennis van zaken die U vóór die tijd dient te hebben verworven.

Ten aanzien van de Arbeidsgeneeskunde als belangrijk onderdeel van de Sociale Geneeskunde wil ik U zeer graag helpen bij de verwerving van deze kennis.

Ook als U kiest voor één der andere poorten is het zeer belangrijk dat U beseft dat vele van Uw toekomstige patienten arbeid verrichten, en dat gespecialiseerde collega's, bedrijfsartsen, U kunnen helpen op het terrein van de gezondheidskundige aspecten daarvan.

Ik dank U voor Uw aandacht.

LITERATUUR

1. BERGINK, A.H. Samuel Senior Coronel, zijn betekenis voor de Sociale Geneeskunde in Nederland.  
Assen, van Gorcum, 1960.
2. BOORDER, Tj.de. Energiebesteding en lichamelijk prestatievermogen.  
Scheveningen, Elkerbout, 1971.
3. Het bestand van en de vakatures voor artsen en verpleegkundigen bij bedrijfsgeneeskundige diensten op 1-8-1982.  
Rapport Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO.  
Leiden, 1982.
4. De toekomst van de bedrijfsgezondheidszorg.  
Uitgave Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1979.
5. VOS, R. Een bedrijfsarts in het bedrijf.  
Rapport ISMW 82-SK-18.  
Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap  
Rijksuniversiteit Groningen.
6. Beter Werk. Een FNV-discussienota over de arbeidsomstandigheden en in het bijzonder de gezondheid en veiligheid in het werk.  
Amsterdam, FNV, 1980.
7. WINK, A. Op weg naar de Arbodienst.  
Tijdschrift Sociale Geneeskunde 60 (1982)  
206 - 213.
8. ZIELHUIS, R.L. Sociale Geneeskunde en sociale ongelijkheid in gezondheid.  
Tijdschrift Sociale Geneeskunde 58 (1980)  
supplement pag. 63 - 66.

9. JONGH, J. Wat biedt bedrijfsgeneeskunde niet ?  
Tijdschrift Sociale Geneeskunde 57 (1979)  
296 - 300.
10. HOGERZEIL, H.H.W. Persoonlijke mededeling.
11. MEURSING, N.A. Problemen bij de registratie in de  
bedrijfsgezondheidszorg.  
Tijdschrift Sociale Geneeskunde 57 (1979)  
78 - 82.
12. JENNISKENS, P.A.H. Modelleren van bedrijfsgezondheidszorg.  
Stichting bedrijfsgezondheidszorg West-Brabant  
1982.
13. STURMANS, F., M.C.J.M. van DONGEN en G.A. ZIELHUIS.  
Naar een gezonde werkomgeving.  
Nijmegen, Dekker en van de Vegt, 1982.
14. Kwaliteit van de Arbeid. Wetenschappelijke Raad voor het  
Regeringsbeleid. Rapport V 27 - 1982.  
Staatsdrukkerij 1982.